

# Douleurs lombaires aiguës IC-270

- Connaître les spécificités de l'interrogatoire et de l'examen clinique face à une douleur lombaire aiguë
- Connaître les étiologies et les diagnostics différentiels des douleurs lombaires et les arguments en faveur d'une lombalgie commune ou secondaire
- Identifier une urgence médicale ou chirurgicale
- Connaître les signes cliniques et les examens complémentaires en faveur d'une colique néphrétique
- Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une douleur lombaire aiguë de l'adulte
- Connaître le bilan biologique à prescrire en cas de douleur lombaire aiguë
- Connaître les facteurs de risque de chronicisation et de passage vers la lombalgie chronique

## Connaître les spécificités de l'interrogatoire et de l'examen clinique face à une douleur lombaire aiguë OIC-270-01-A

Devant une douleur lombaire aiguë, il convient d'éliminer les autres causes possibles avant de retenir le diagnostic de lombalgie aiguë commune (origine rachidienne et mécanique des douleurs). Nous distinguerons les douleurs lombaires aiguës d'origine commune et mécanique et les douleurs lombaires aiguës d'origine secondaire.

L'interrogatoire précise :

les antécédents (néoplasiques, infectieux...) ; les circonstances de survenue (après un effort, les efforts de soulèvement...) ; le siège principal de la douleur (douleur lombaire basse, fosse lombaire droite ou gauche...) et son intensité ; les irradiations douloureuses (fosse iliaque, région hypogastrique, pli inguinal...) ; le rythme de la douleur : mécanique ou inflammatoire ; l'évolution des douleurs (vers une aggravation progressive, résistant au traitement médical...) ; les antécédents lombalgiques : des épisodes antérieurs semblables, d'évolution favorable, pourront être rassurants ; l'absence de signes généraux (fièvre, adénopathies...) ou de signes associés (nausées/vomissements, troubles mictionnels, paresthésies...)

L'examen clinique recherche :

Si possible, le malade est debout, examiné de profil et de dos ; recherche d'un trouble de la statique rachidienne, d'une attitude antalgique en rapport avec le lumbago ; recherche de points douloureux à la palpation rachidienne avec souvent raideur dans le lumbago ; recherche d'un syndrome cellulo-myalgique en regard des zones douloureuses ; recherche des douleurs sacro-iliaques, des hanches et des fessiers dans le cadre du diagnostic différentiel.

L'examen neurologique élimine une radiculalgie ou une atteinte de la queue de cheval ; l'examen général et viscéral est réalisé en fonction des signes associés et du contexte.

## Les principales causes urologiques d'une lombalgie aiguë sont :

- colique néphrétique 265
- pyélonéphrite aiguë 161

## Les autres causes urologiques des douleurs lombaires aiguës peuvent être :

- infarctus rénal (affection emboligène : fibrillation atriale 232 ; patients porteurs de valves 153, néphropathies vasculaires 263)
- traumatisme rénal 334
- douleur testiculaire projetée (torsion, orchite-épididymite) 50
- polykystose rénale 266
- fibrose rétropéritonéale

## Les causes non urologiques des douleurs lombaires aiguës sont :

- néphrologiques : protéinurie 259, glomérulonéphrite aiguë 261, thrombose d'une sténose de l'artère rénale 263, insuffisance rénale aiguë 348
- viscérales 269 :
  - infarctus mésentérique, ulcère gastrique 272, maladies inflammatoires de l'intestin 282
  - à droite : cholécystite 277, angiocholite 277, hépatite (167), appendicite aiguë 356, pancréatite 358
  - à gauche : infarctus splénique, pancréatite 358, diverticulite aiguë 287
- vasculaires : anévrisme de l'aorte (fissuration, dissection 225 )
- gynécologique : grossesse extra-utérine 24 et 26, kyste ovarien (kyste), endométriose 41
- pulmonaires : pneumopathie aiguë 154, épanchement pleural 206, pneumothorax 360, douleur thoracique aiguë 230, embolie pulmonaire 226
- neurologique ou rachidienne :
  - L'interrogatoire (antécédents, traumatisme, douleur postérieure médiane ou latéro-rachidienne, augmentée par les mouvements du rachis, troubles de la marche) et l'examen clinique (troubles neurologiques moteurs ou sensitifs) doivent orienter vers une cause rachidienne ou neurologique (déficit neurologique récent 91 et 340 ; déficit moteur/sensitif des membres 92 ; compression médullaire 93 ; rachialgie 94 ; radiculalgie et syndrome canalaire 95 ; arthrose 129 ; spondylarthrite 197 ; fracture du rachis.

## Connaître les étiologies et les diagnostics différentiels des douleurs lombaires et les arguments en faveur d'une lombalgie commune ou secondaire OIC-270-02-A

- Lombalgies communes d'origine dégénérative discovertébrales 94 et 95, arthrose 129
- Lombalgies d'origine secondaire (non dégénératives)
  - Infectieuses 156, 197, tumorales 93, inflammatoires 197, traumatiques : fièvre, traumatisme, examen neurologique anormal
  - Douleurs référées (étiologies extra rachidiennes)
    - urologiques
    - néphrologiques
    - viscérales
    - vasculaires et cardiologiques
    - gynécologiques
    - pulmonaires

## Identifier une urgence médicale ou chirurgicale OIC-270-03-A

### Les signes de gravité d'une lombalgie aiguë sont :

- sepsis, choc septique 158
- oligo-anurie, insuffisance rénale aiguë
- anémie aiguë, hypotension artérielle, choc hémorragique 332
- trouble du rythme cardiaque 232
- défense ou contracture abdominale, occlusion intestinale
- dyspnée sévère, détresse respiratoire 359
  
- déficit moteur
- examen neurologique anormal

### Pour une cause urologique, il faut :

- Identifier une colique néphrétique compliquée :
  - Colique néphrétique fébrile 161 et 265 (pyélonéphrite sur obstacle) : hyperthermie, signes cliniques de sepsis
  - Colique néphrétique hyperalgique 265 : douleur résistante à un traitement antalgique IV bien conduit associant AINS et antalgiques morphiniques pallier 3 en titration
  - Colique néphrétique anurique : oligo-anurie, insuffisance rénale aiguë
  - Colique néphrétique hyperalgique résistant au traitement médical bien conduit (restriction hydrique, AINS, morphine)
- Identifier une pyélonéphrite aiguë 161 compliquée ou à risque de complication
- Identifier une torsion du cordon spermatique 50

## Connaître les signes cliniques et les examens complémentaires en faveur d'une colique néphrétique OIC-270-04-A

### Douleur de colique néphrétique 265 :

- Douleur lombaire unilatérale de début brutal. Irradiation oblique distale et antérieure vers la fosse iliaque homolatérale, voire les organes génitaux externes. Absence de position antalgique, parfois accompagné d'agitation. Des signes fonctionnels urinaires peuvent également accompagner la douleur (pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie), ainsi que des signes digestifs (nausées vomissement). La douleur est due à la mise en tension des cavités excrétrices consécutive à l'obstacle sur les voies urinaires.

### Examen clinique :

- Interrogatoire : Antécédents (lithiase ?), prise médicamenteuse, délai depuis le début des douleurs

- Examen physique : Douleur à la palpation et à l'ébranlement de la fosse lombaire. Absence de douleurs à la palpation du rachis et de masses musculaires para-vertébrales. Absence de défense. Bandelette urinaire : positive pour le sang dans >70% des cas. Prise température

## Examens complémentaires :

- Biologiques : NFS, plaquettes, ionogramme, créatininémie. Rechercher une altération de la fonction rénale. Si suspicion d'infection associée : ECBU.
- Imagerie : échographie + ASP (sensibilité 80 à 90%) ou idéalement tomodensitométrie abdomino pelvienne sans injection de contraste (sensibilité 96%) dans les 24-48h en absence de complication (fièvre, hyperalgique, insuffisance rénale/oligo-anurie). L'imagerie recherche une dilatation des cavités pyélo-calicielles et un obstacle sur les voie urinaires (calcul, tumeur...)
- imagerie en urgence: par TDM AP non injecté puis éventuellement injecté en cas de doute diagnostique (absence d'obstacle, de dilatation) en cas de fièvre, insuffisance rénale (non injecté), hyperalgique (pas d'injection)

## Pyélonéphrite aiguë 161 :

- Douleur lombaire unilatérale, de début insidieux, le plus souvent associée à une hyperthermie et des signes fonctionnels du bas appareil (pollakiuries, brûlures urétrales, impériosités). Douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire lors de l'examen clinique. Bandelette urinaires positive pour le sang, les leucocytes +/- les nitrites le plus souvent. Examens biologiques : NFS, plaquettes, ionogramme, créatininémie, ECBU.
- Imagerie :
  - PNA simple: si persistance de la fièvre ou de la douleur à 48-72h: échographie ou idéalement TDM AP non injecté puis éventuellement injecté en cas de doute diagnostique (absence d'obstacle, de dilatation) ou de complication (abcès)
  - PNA à risque de complication ou grave: en urgence: TDM AP non injecté puis éventuellement injecté en cas de doute diagnostique (absence d'obstacle, de dilatation)

## Torsion du cordon spermatique 50 :

- Douleur de début brutal, présentation atypique par une douleur lombaire projetée possible. Absence de position antalgique. Chez l'homme jeune. Absence de fièvre ou de signes fonctionnels urinaires associés. L'examen physique retrouve classiquement un testicule ascensionné, difficilement examinable, rétracté à l'anneau. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire et le doute diagnostique impose une exploration chirurgicale urgente.

---

## Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une douleur lombaire aiguë de l'adulte OIC-270-05-A

Voici les règles générales :

- au terme de l'examen clinique, aucun examen complémentaire ne doit être systématiquement demandé s'il n'y a pas d'orientation clinique précise le justifiant ;
- devant un simple lumbago ou une récurrence de lombalgies connues et déjà explorées, il n'y a pas lieu de réaliser d'imagerie ;
- devant des douleurs rebelles au traitement symptomatique ou évoluant vers l'aggravation ou en cas de signe de gravité (fièvre, déficit neurologique...), les examens d'imagerie doivent être demandés en urgence : (1) devant une cause secondaire d'origine rachidienne ou neurologique, l'examen clé est l'IRM qui sera réalisée après des radiographies standards, (2) devant une cause secondaire d'origine viscérale, l'examen clé est le scanner thoraco-abdomino-pelvien ou à défaut, l'échographie abdominale et pelvienne.

Pour les causes urologiques et rénales, les examens d'imagerie complémentaire sont : référence scanner abdomino-rénal non injecté puis éventuellement injecté si doute diagnostique ou absence d'obstacle ou couple ASP/échographie si scanner non disponible et en l'absence de critère ou signe de gravité ou de complication. Pour la torsion du cordon il n'y a pas d'imagerie complémentaire à réaliser.

---

## Connaître le bilan biologique à prescrire en cas de douleur lombaire aiguë OIC-270-06-A

- Le bilan biologique d'une lombalgie aiguë va dépendre de l'orientation diagnostique issue de l'interrogatoire, l'inspection et l'examen clinique. Un bilan biologique n'est pas nécessaire en cas de lombalgie aiguë commune (origine disco-vertébrale ou arthrosique des douleurs). La situation est différente en cas de suspicion d'une cause symptomatique (ou secondaire) ou d'une douleur projetée viscérale.

## Le bilan biologique est à demander en urgence en cas de signe de gravité et adapté à l'orientation diagnostique :

- urologique

- néphrologique
  - viscérale
  - vasculaire et cardiologique
  - gynécologique
  - pulmonaire
  - neurologique
- 
- Le bilan biologique comprendra dans la plupart des cas : NFS, créatininémie, ionogramme sanguin, CRP, calcémie.
  - Selon les circonstances, le bilan biologique sera complété par : hémocultures, ECBU, gazométrie artérielle, groupe sanguin, enzymes cardiaques (troponine), D-dimères, bilan inflammatoire, protéinurie, test de grossesse...
  - En cas d'orientation cardio-vasculaire ou pulmonaire un ECG est à réaliser.
  - En cas d'orientation neurologique un EMG, une ponction lombaire peuvent être demandés.

---

## Connaître les facteurs de risque de chronicisation et de passage vers la lombalgie chronique OIC-270-07-B

Le pronostic est favorable, passé les premiers jours pour une lombalgie aiguë (ou lumbago), mais pouvant durer plusieurs semaines ou mois dans les formes subaiguës ou chroniques.

Le contexte biopsychosocial peut influencer le passage vers la chronicité (drapeaux jaunes) :

- dépression ;
- détresse affective ;
- anxiété ;
- peur de la douleur et du traumatisme ;
- catastrophisme ;
- fausses croyances quant à l'évolution ;
- fausses informations ;
- conflit familial.

Des facteurs professionnels sont également associés à cette chronicité (drapeaux noirs) :

- arrêts de travail prolongés, recherche de bénéfices secondaires ;
- conflit professionnel ;
- insatisfaction au travail ;
- conflits et litiges avec une assurance, la Sécurité sociale, un expert ;
- excès de sollicitude (famille, médecins) ;
- conditions de travail difficiles sans opportunité de changement ;
- type d'activité professionnelle.

Se référer aux items

- compression médullaire 93
- rachialgie 94
- radiculalgie et syndrome canalaire 95
- la personne handicapée 118
- complications de l'immobilité et du décubitus 120
- principales techniques de rééducation et réadaptation 122 et 55
- thérapeutiques antalgiques 135
- environnement professionnel et santé au travail 182
- médecine du travail et prévention des risques professionnels 183
- accidents du travail et maladies professionnelles 184

---

UNESS.fr / CNCEM - <https://livret.uness.fr/lisa> - Tous droits réservés.